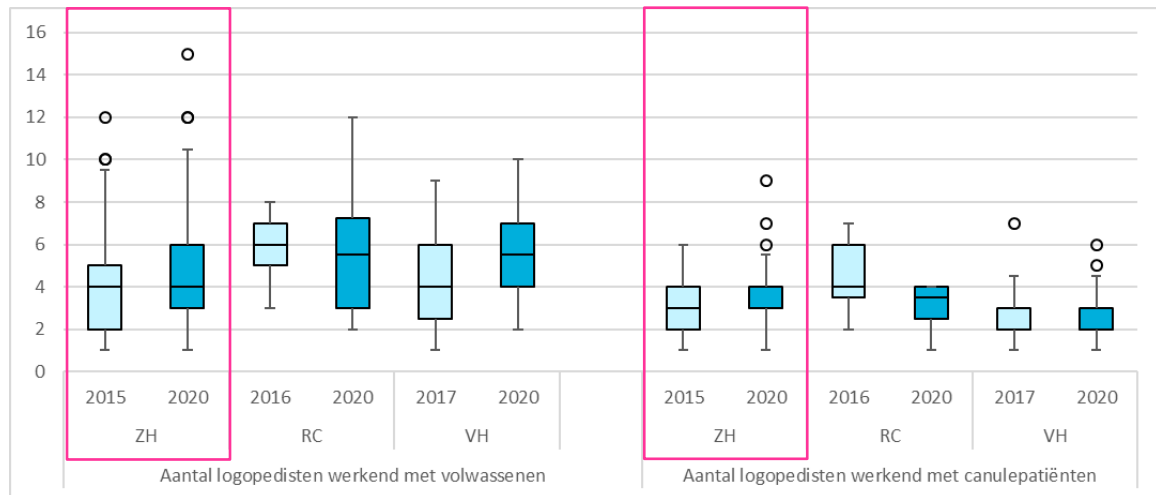


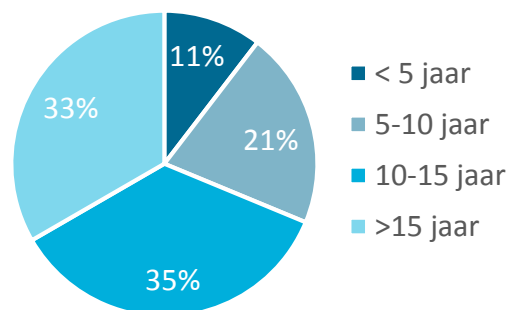
Resultaten ziekenhuizen

1. Instellingen

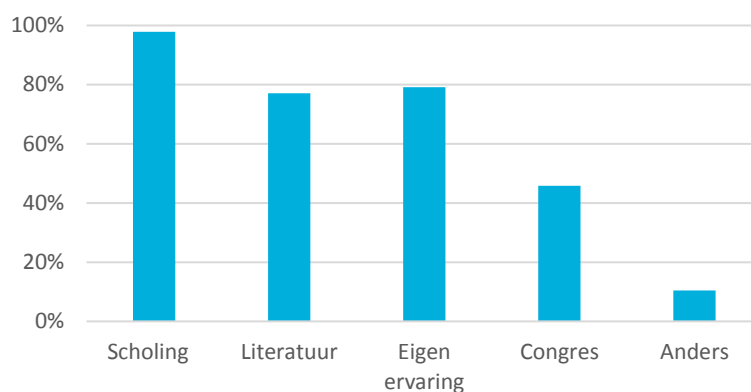
1.1 Logopedieteams



- Figuur ZH_1: Team:** logopedische teams bestaan uit minimaal 1 tot maximaal 15 logopedisten die met volwassen patiënten werken, met een mediaan van 4 logopedisten. Per team zijn er minimaal 1 tot maximaal 9 logopedisten die met tracheacanulepatiënten werken, met een mediaan van 4 logopedisten. Op basis van gemiddelden is in 2020, in vergelijking met 2015 het aantal logopedisten in ziekenhuizen toegenomen van 4 naar 5 ($p = 0,02$), evenals het aantal logopedisten dat met canulepatiënten werkt, namelijk van 3 naar 4 ($p < 0,01$).

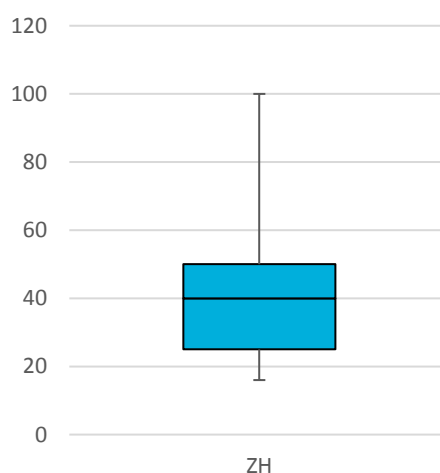


- Figuur ZH_2: Werkervaring:** de meeste logopedisten in ziekenhuizen hebben 10 tot 15 jaar werkervaring (35%), gevolgd door 33% met meer dan 15 jaar werkervaring. Logopedisten in ziekenhuizen hebben significant meer werkervaring dan logopedisten werkzaam in verpleeghuizen ($p < 0,01$).

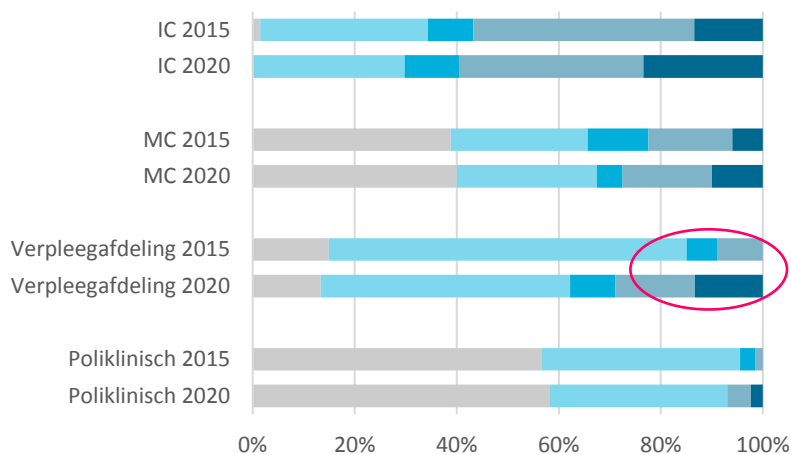


- **Figuur ZH_3: Kennisvergaring:** kennis wordt door ziekenhuislogopedisten voornamelijk verkregen door scholing (98%), ontwikkelen van klinische ervaring (79%) en literatuur (77%). Daarnaast haalt 46% de kennis uit congressen of op andere manieren (10%), zoals overleg met logopedisten in andere ziekenhuizen, andere disciplines binnen de eigen instelling (intensivisten, ventilation practitioners), of leveranciers van canulematerialen.

1.2 De canulepatiënt

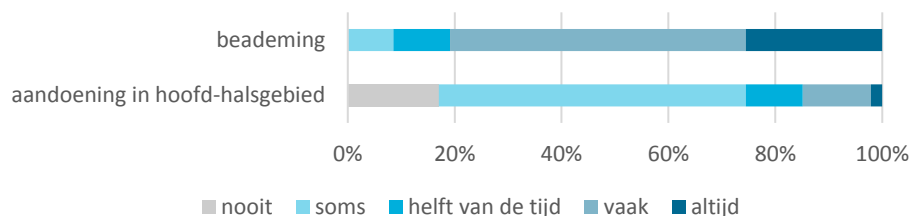


- **Figuur ZH_4: Aantal canulepatiënten per jaar:** In de ziekenhuizen worden er minimaal 1 tot maximaal 100 tracheacanulepatiënten per jaar gezien met een mediaan van 40 patiënten per jaar.



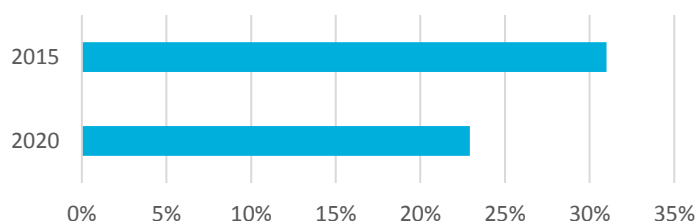
- Figuur ZH_5: (verpleeg)afdelingen waar canulepatiënten worden gezien:** Patiënten met een tracheaanule worden door de logopedist vaak tot altijd op de IC gezien (matige consensus van 60%). 29% van de logopedisten geeft aan dat ze canulepatiënten vaak tot altijd op verpleegafdelingen zien, 28% ziet canulepatiënten vaak tot altijd op een medium care-afdeling, en 7% poliklinisch. Vergeleken met 2015 worden canulepatiënten in 2020 significant vaker op verpleegafdelingen gezien ($p = 0,04$).

Logopedisten zien patiënten met een tracheaanule na...

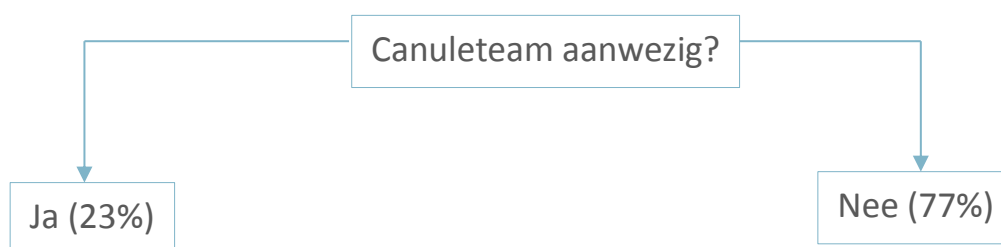


- Figuur ZH_6: Soort canulepatiënten:** in ziekenhuizen worden voornamelijk canulepatiënten gezien na een beademingstraject (81% vaak tot altijd), ten opzichte van patiënten die een tracheaanule krijgen na aandoening in het hoofd-halsgebied (15% vaak tot altijd).

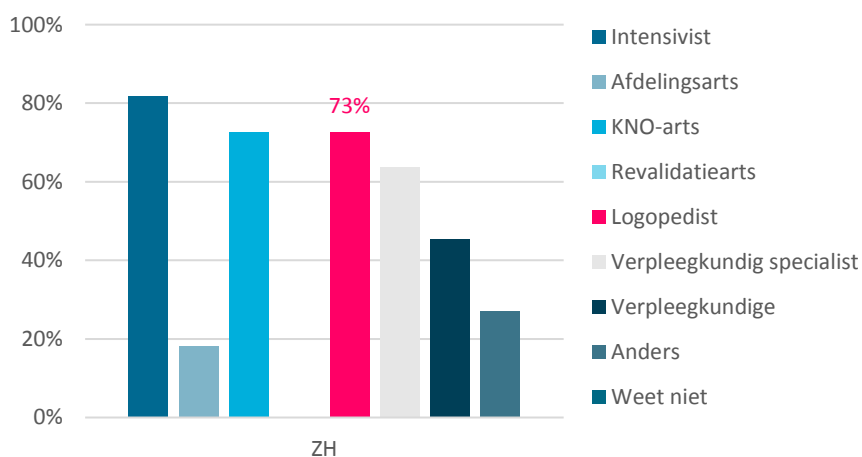
1.3 Canuleteams



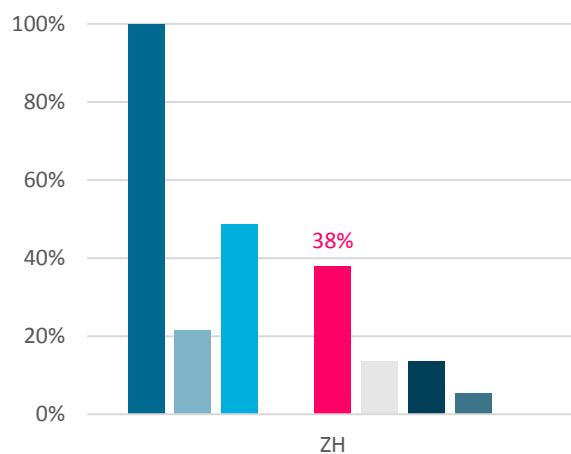
- **Figuur ZH_7: Aanwezigheid canuleteam:** het aantal ziekenhuizen dat een canuleteam heeft, is van 31% in 2015 gedaald naar 23% in 2020.



Leden van het canuleteam



Wie is verantwoordelijk voor het canulebeleid?



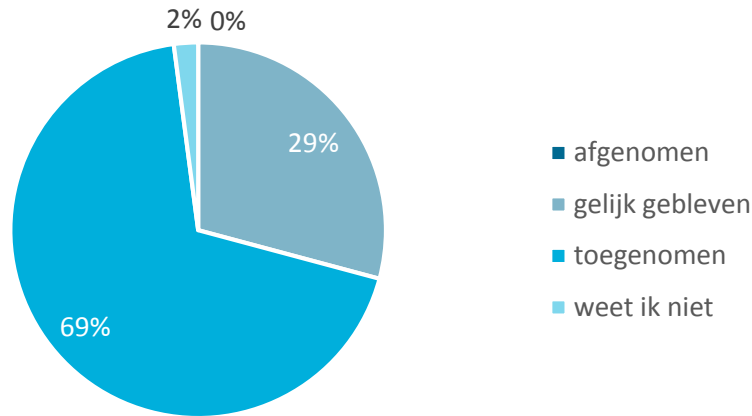
- **Figuur ZH_8: Leden van het canuleteam**

In de ziekenhuizen waar een canuleteam aanwezig is (23%), is in 73% van de gevallen een logopedist lid van het canuleteam.

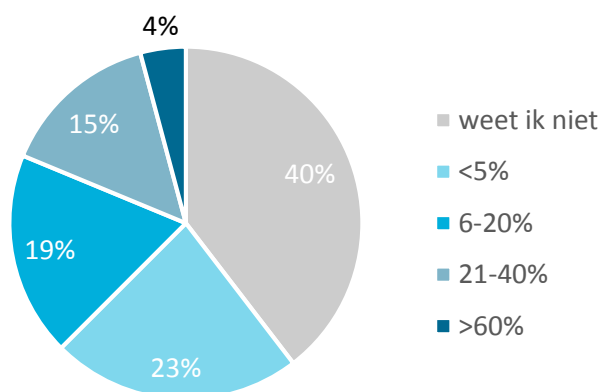
In ziekenhuizen zonder canuleteam (77%) is in 38% wel een logopedist mede betrokken bij het canulebeleid.

2. Taken en verantwoordelijkheden

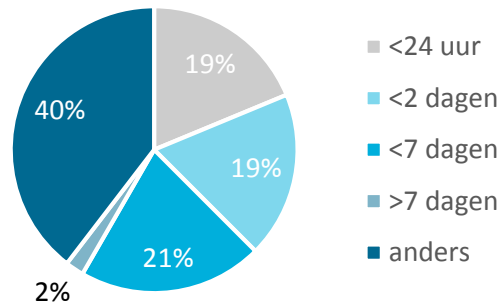
2.1 Betrokkenheid



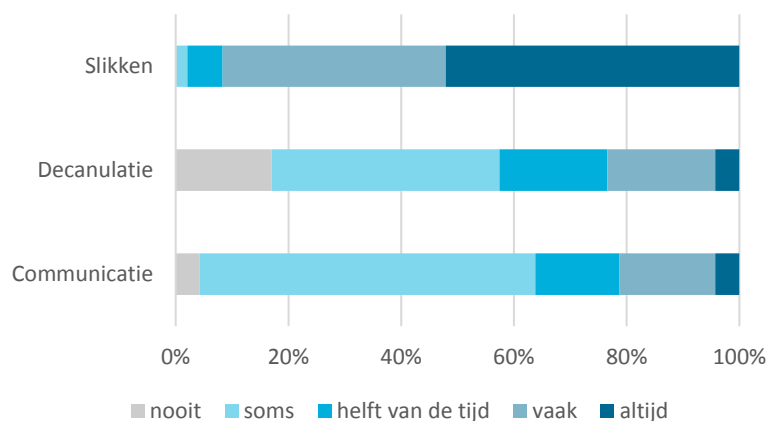
- Figuur ZH_9: Ervaren betrokkenheid:** 69% van de logopedisten in ziekenhuizen ervaren in de afgelopen 5 jaar een toename in betrokkenheid bij tracheaanulepatiënten. 29% geeft aan dat de betrokkenheid hetzelfde is gebleven en 2% weet het niet, dus er is geen enkel ziekenhuis waar de betrokkenheid van logopedisten bij tracheaanulepatiënten is afgenomen.



- Figuur ZH_10: Schatting van niet verwezen patiënten:** De meeste logopedisten weten niet hoeveel tracheaanulepatiënten er niet worden doorverwezen, terwijl ze mogelijk wel baat zouden hebben bij logopedie. Het percentage van geschatte gemiste patiënten varieert van minder dan 5% (aangegeven door 23% van de logopedisten), 6-20% (geantwoord door 19%) en 21-40% (geantwoord door 15% van de logopedisten). Slechts 4% denkt dat meer dan 60% van de patiënten niet verwezen wordt maar wel baat zou kunnen hebben bij logopedie.

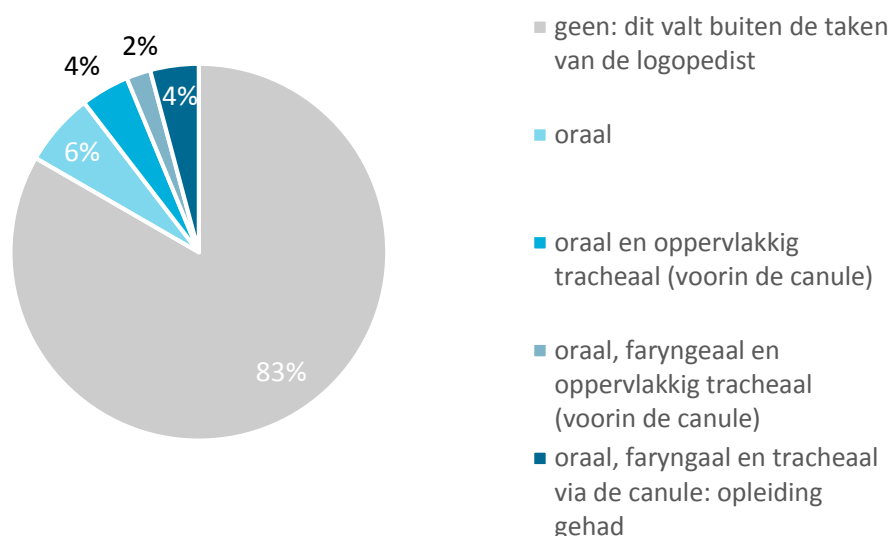


- **Figuur ZH_11: Moment van consultatie:** het moment waarop logopedisten geconsulteerd worden, varieert sterk, maar ruime een derde (38%) binnen 2 dagen na plaatsing van een tracheacanule.

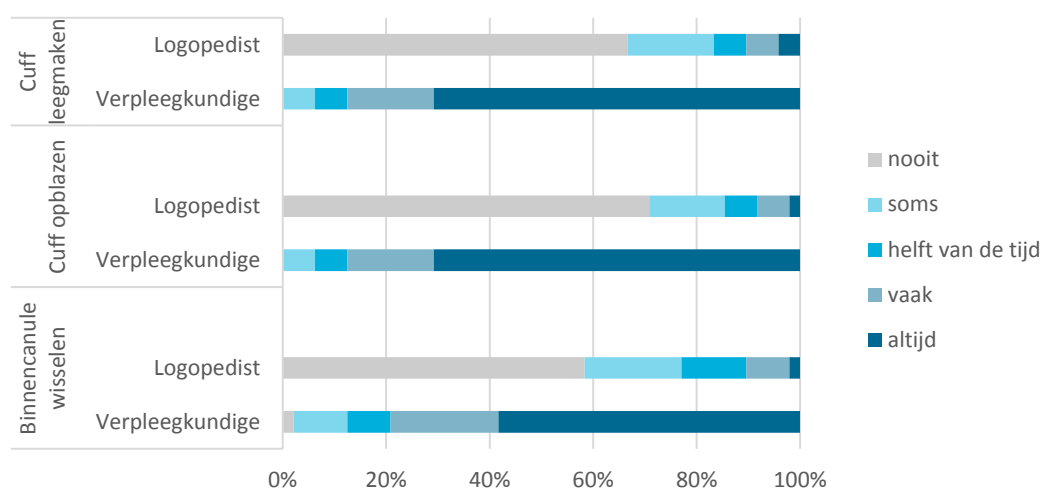


- **Figuur ZH_12: Reden van consultatie:** er is hoge consensus dat logopedisten in het ziekenhuis vaak tot altijd worden geconsulteerd vanwege slikproblemen (88%). Er is redelijke consensus dat ze veel minder (nooit tot soms) worden geconsulteerd vanwege decanulatie (57%) of communicatieproblemen (64%).

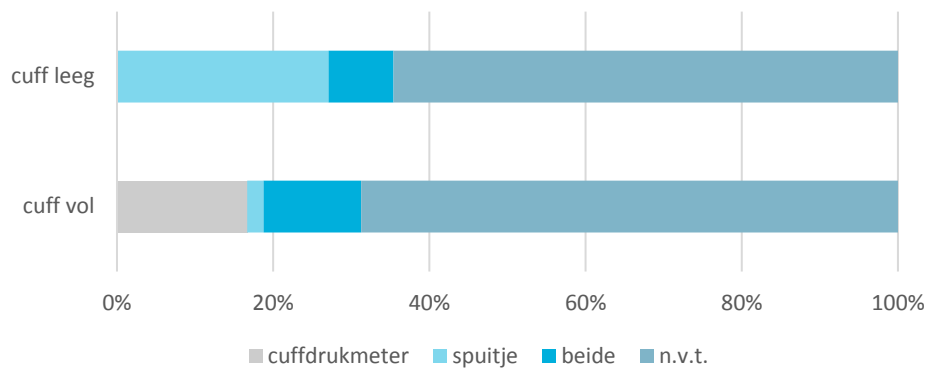
2.2. Taken en verantwoordelijkheden



- Figuur ZH_13: Vormen van instrumenteel uitzuigen:** er is een hoge consensus van 83% dat logopedisten geen enkele vorm van instrumenteel uitzuigen uitvoeren omdat dit volgens hen buiten de taken van de logopedist valt: 6% zuigt wel oraal uit, 4% oraal en oppervlakkig tracheaal, 2% oraal, faryngeaal en oppervlakkig tracheaal, en 4% (n = 2) is geschoold in het volledig uitzuigen (oraal, faryngeaal en tracheaal via de canule).

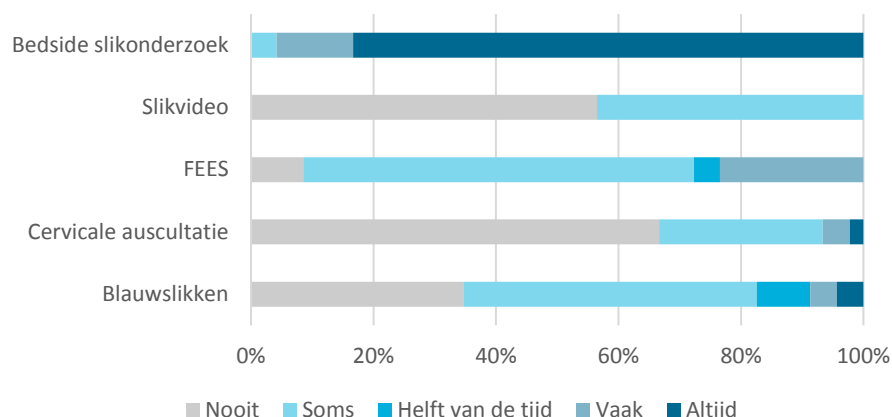


- Figuur ZH_14: Handelingen rondom de canule:** er is hoge consensus dat de logopedist weinig (nooit tot soms) de cuff leegmaakt (84%), de cuff opblaast (86%) of de binnencanule wisselt (77%). Deze handelingen worden vaak tot altijd door de verpleegkundige gedaan.

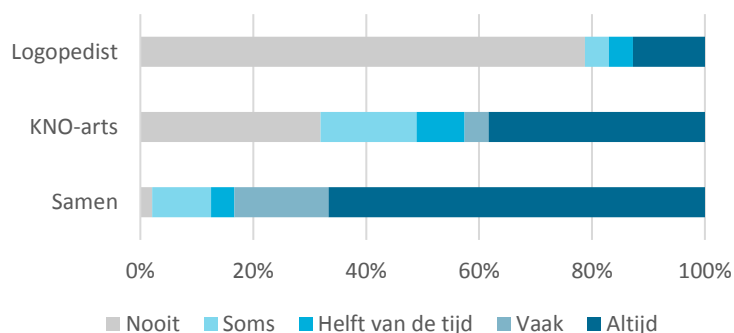


- **Figuur ZH_15: Instrument voor het leegmaken/opblazen van de cuff:** door van de logopedisten die deze handelingen wel uitvoeren wordt de cuff het vaakst leeg gemaakt met een spuitje (27%) of door zowel een cuffdrukmeter als spuitje (8%). Voor het opblazen van de cuff geven deze logopedisten aan dat er een cuffdrukmeter wordt gebruikt (17%), of zowel een cuffdrukmeter als spuitje (13%).

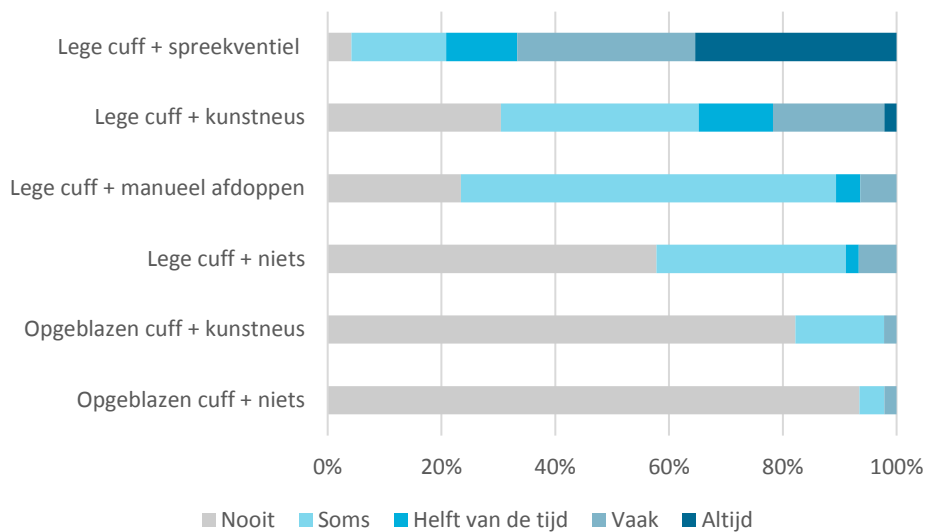
3. Diagnostiek



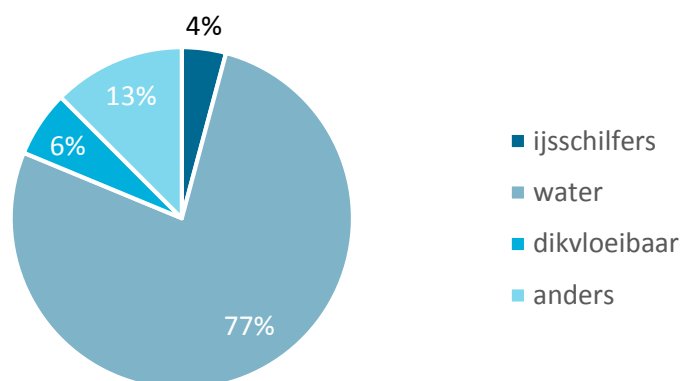
- Figuur ZH_16: Gebruikte diagnostiekvormen:** Er is een hoge consensus van 96% dat bedside slikonderzoek vaak tot altijd wordt gebruikt bij de diagnostiek van dysfagie bij tracheacanulepatiënten. FEES wordt door 23% vaak gebruikt, maar dat is onvoldoende voor consensus. Ook het gebruik van andere diagnostiekvormen bereikt geen consensus: blauwslikken wordt door 8% vaak tot altijd gebruikt, cervicale auscultatie door 6% en slikvideo's worden nauwelijks uitgevoerd bij deze patiëntpopulatie. Dat verschilt niet significant van de resultaten in 2015.



- Figuur ZH_17: FEES uitgevoerd door:** er is hoge consensus van 83% dat FEES weinig (nooit tot soms) zelfstandig door de logopedist wordt uitgevoerd, maar vaak tot altijd door de logopedist en KNO-arts samen (consensus van 84%). Er is geen consensus dat FEES alleen door de KNO-arts wordt uitgevoerd.



- Figuur ZH_18: Status van de tracheaanule bij diagnostiek:** er is redelijke consensus van 66% dat slikdiagnostiek wordt gedaan met een lege cuff en spreekventiel op de tracheaanule (vanwege een veranderde vraagstelling is het niet mogelijk om de gegevens te vergelijken met eerder onderzoek).

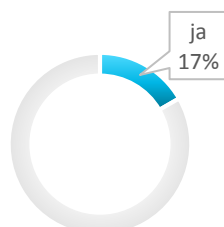


- Figuur ZH_19: Eerste slikpoging:** er is een hoge consensus van 77% dat water wordt gebruikt tijdens de eerste slikpoging.

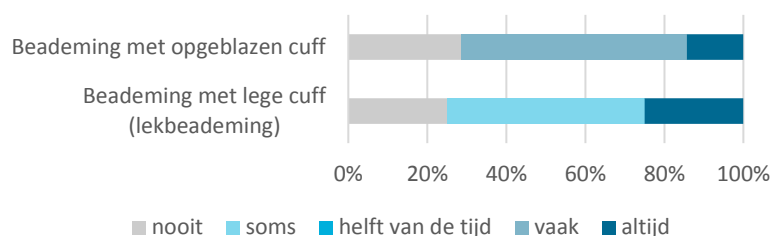
4. Behandeling

4.1 Patiëntstatus

Sliktherapie indien volledig beademd?

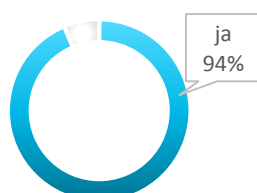


Sliktherapie bij volledige beademing

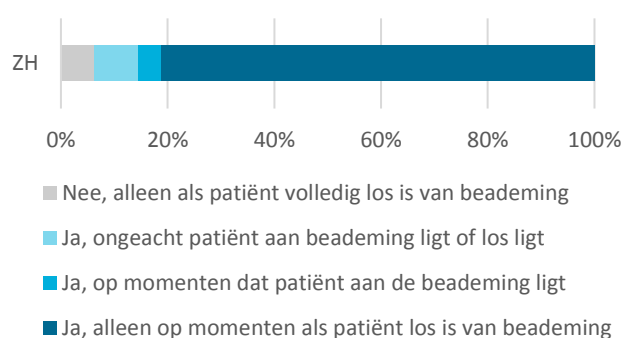


- **Figuur ZH_20a en ZH_20b: Behandeling tijdens volledige beademing:** er is hoge consensus van 83% dat patiënten geen sliktherapie krijgen als ze volledig worden beademd. Van de 17% die wel slikbehandeling aan de beademing bieden, doet 71% dit met opgeblazen cuff.

Sliktherapie bij afbouwen van beademing?

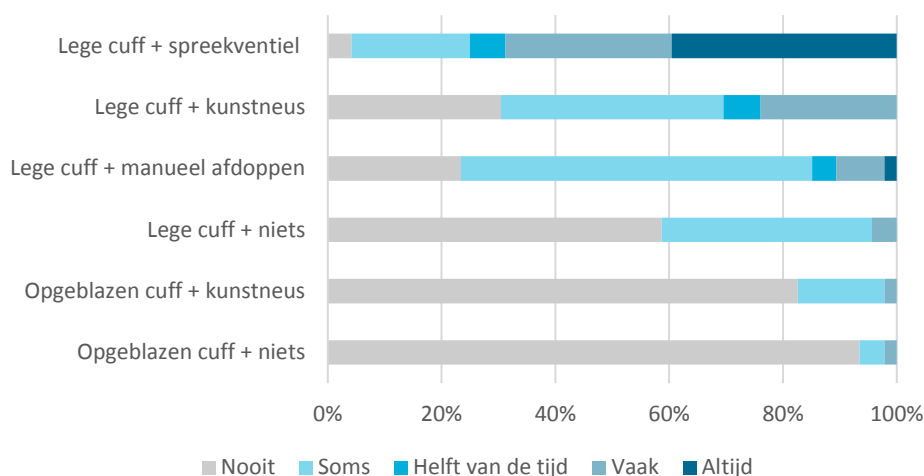


Sliktherapie bij weanen

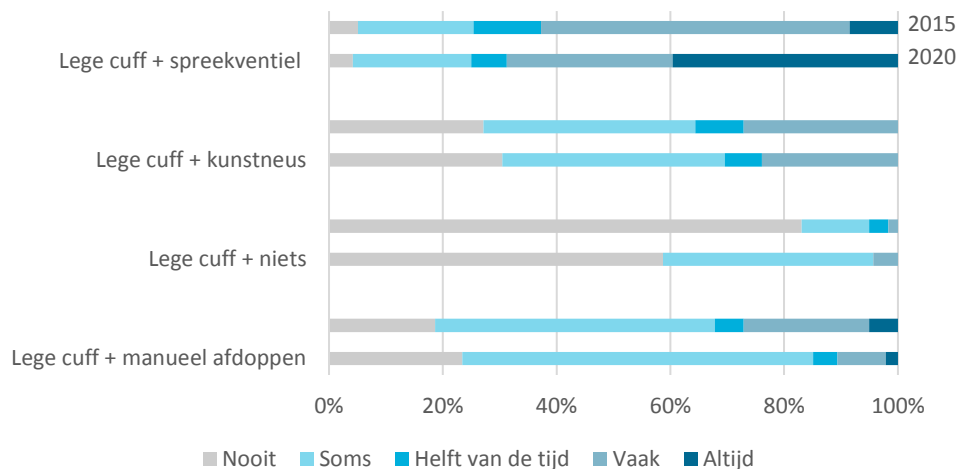


- **Figuur ZH_21a en ZH_21b: Behandeling als beademing wordt afgebouwd (weanen):** er is hoge consensus van 94% dat sliktherapie wordt geboden als de patiënt ontwend wordt van de beademing, alleen op momenten dat de patiënt los is van de beademing (hoge consensus van 85%).

4.2 Sliktherapie

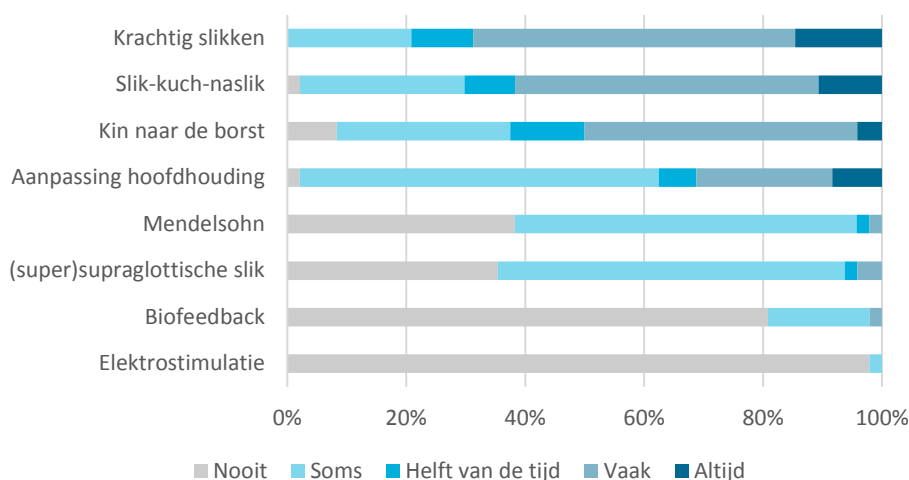


- Figuur ZH_22: Canulestatus bij sliktherapie:** Er is een redelijke consensus van 69% dat tijdens sliktherapie de cuff vaak tot altijd leeg is, met een spreekventiel op de tracheacanule, terwijl de andere opties weinig gebruikt worden (nooit tot soms met redelijke tot hoge consensus van 69%-97%).

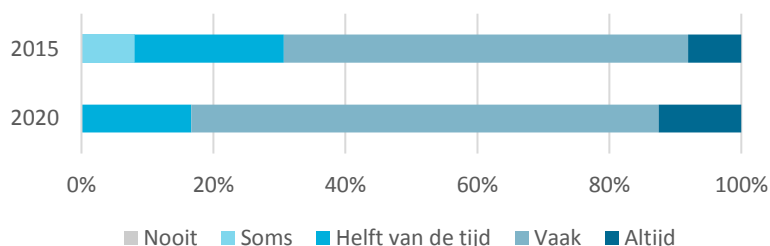


- Figuur ZH_23: Canulestatus bij sliktherapie – ontwikkeling:** Ten opzichte van 2015 zijn er twee verschillen: er is een significante toename van ziekenhuizen waarbij een lege cuff en spreekventiel ‘altijd’ wordt toegepast van 8% naar 40% ($p = 0,03$). Tevens wordt vaker gebruik gemaakt van een lege cuff zonder iets op de canule dan in 2015 ($p = 0,01$).

4.3 Sliktherapie procedures

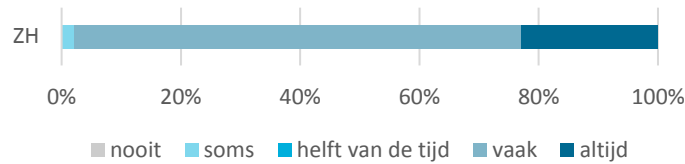


- Figuur ZH_24: Procedures bij sliktherapie:** Er is een redelijke consensus dat krachtig slikken vaak tot altijd worden toegepast in de slikbehandeling bij tracheacanulepatiënten (69%), evenals slik-kuch-naslik (62%) en slikken met kin naar de borst (50%). Tevens is er redelijke consensus van 60% dat het aanpassen van de hoofdhouding soms wordt gebruikt, evenals de Mendelsohnmanoeuvre (57%) en de supersupraglottische slik (58%).

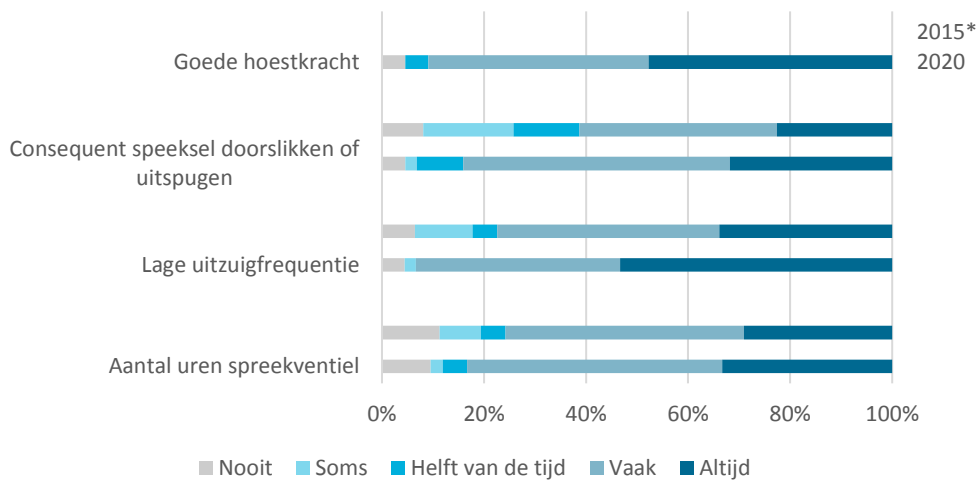


- Figuur ZH_25: Opvolging van consistentieadviezen:** er is een hoge consensus van 84% dat consistentieadviezen vaak tot altijd op de afdeling worden opgevolgd. Er is een trend zichtbaar dat adviezen iets vaker worden opgevolgd dan in 2015 ($p = 0,07$).

5. Decanulatie

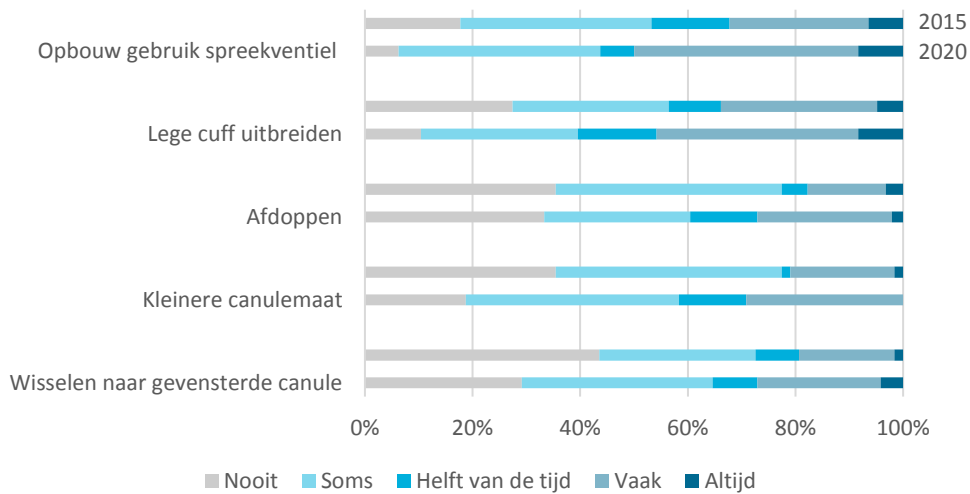


- **Figuur ZH_26: Decanulatie in instelling:** er is hoge consensus van 98% dat patiënten met een tracheaanule vaak tot altijd worden gedecanuleerd in het ziekenhuis.



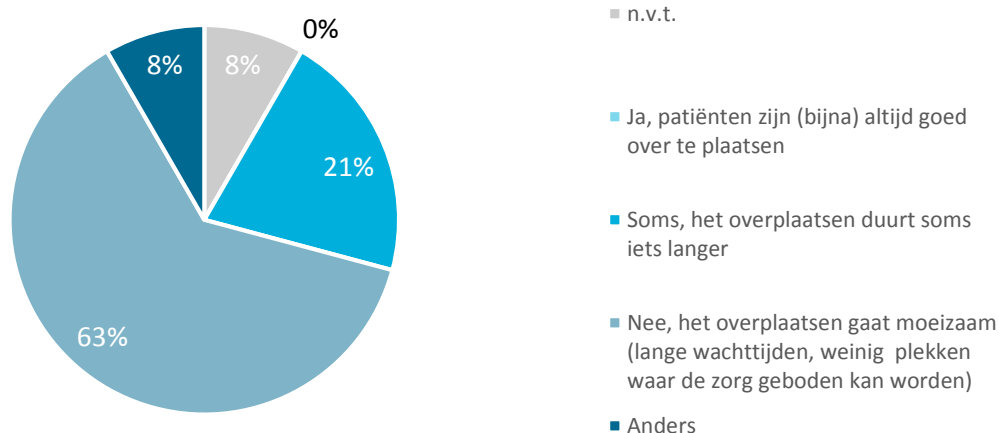
- **Figuur ZH_27: Decanulatiecriteria:** er is hoge consensus dat in ziekenhuizen meerdere decanulatiecriteria worden gebruikt bij het bepalen van het moment van decanulatie: goede hoestkracht 91% consensus, consequent speeksel doorslikken of uitspugen 84%, een lage uitzuigfrequentie 93%, aantal uren spreekventiel verdragen 83%.
- De criteria 'lage uitzuigfrequentie' en 'consequent speeksel doorslikken of uitspugen' worden significant vaker gebruikt dan in 2015 (respectievelijk $p = 0,02$ en $p = 0,03$).

*Criterium 'goede hoestkracht' is in vorig onderzoek niet meegenomen.

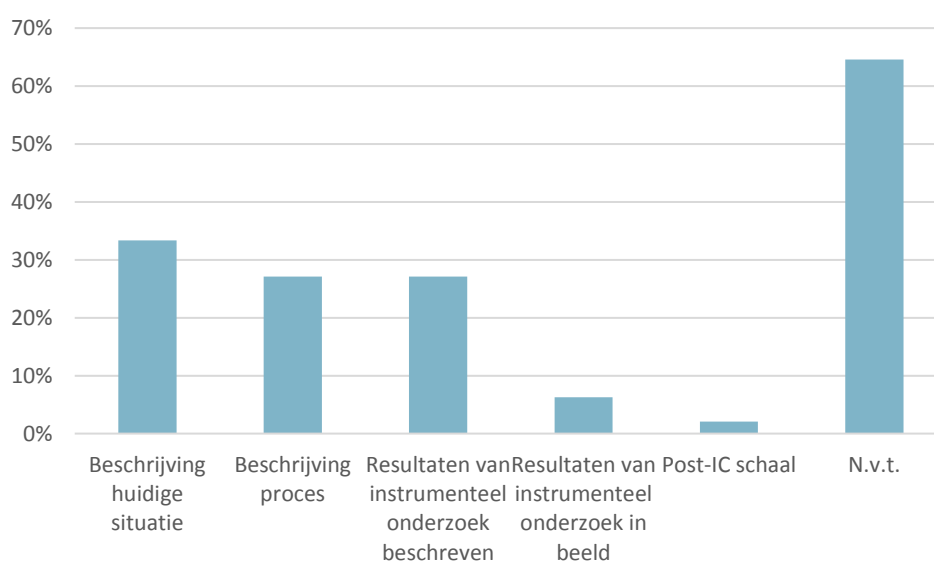


- **Figuur ZH_28: Betrokkenheid van logopedist bij decanulatieproces:** er is redelijke consensus van 50% dat logopedisten vaak tot altijd betrokken zijn bij het opbouwen van het spreekventielgebruik. Er is geen consensus over de betrokkenheid van de logopedist bij overige decanulatiestappen (uitbreiden van lege cuff 46%, kleinere canulemaat 29% en het wisselen naar een gevensterde canule 27%, afdoppen 27%).
- Er is een trend dat logopedisten vaker betrokken zijn in het opbouwen van het spreekventielgebruik dan in 2015 ($p = 0,08$).

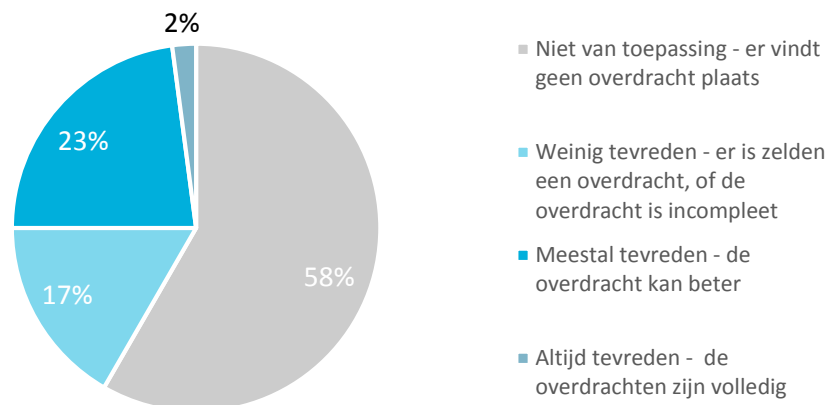
6. Overdracht



- Figuur ZH_29: Overplaatsing van patiënten met een tracheaanule:** 63% van de logopedisten geeft aan dat overplaatsing van canulepatiënten vaak moeizaam gaat. 21% geeft aan dat dit soms het geval is, en dat het overplaatsen iets langer duurt. Niemand geeft aan dat canulepatiënten altijd goed over te plaatsen zijn.



- Figuur ZH_30: Informatie bij overdracht:** er is redelijke consensus (65%) dat een overdracht naar de ziekenhuislogopedist niet van toepassing is. Indien er wel een overdracht plaatsvindt, wordt een beschrijving van de huidige situatie overgedragen (33%), een beschrijving van het proces (27%) en de beschreven resultaten van instrumenteel onderzoek (27%). Beelden van het instrumenteel onderzoek worden nauwelijks meegeleverd bij de overdracht (6%) evenmin als de Post-IC-schaal (2%).



- **Figuur ZH_31: Tevredenheid logopedische overdracht:** 58% van de logopedisten geeft aan dat er geen overdracht plaatsvindt omdat het niet van toepassing is. Indien er wel canulepatiënten worden overgedragen, is 23% meestal tevreden over de overdracht, maar vinden dat de overdracht beter kan; 17% is weinig tevreden omdat er zelden een overdracht is, of hij is incompleet.